



ISTITUTO COMPRENSIVO "M. TABARRINI"
SCUOLA DELL' INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO

Via Cercignani, 38, 56045 POMARANCE (PISA)

Tel. 0588 65034 - Fax 0588 63836

Cod. Min. PIIC824004 – C.F. 83002790505 – Cod. Univoco Fatturazione UFJMFD

e-mail : piic824004@pec.istruzione.it – piic824004@istruzione.it

web: www.tabarrini.gov.it



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIETÁ
Rilasciata ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a _____ il _____
(comune di nascita) prov. _____
residente a _____ (_____)
(comune di residenza) prov. _____
in _____ n. _____ c.a.p. _____
(indirizzo)

documento _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

D I C H I A R A

Che lo/la stesso/a **in data odierna si è recato**

Presso _____
Denominazione della struttura

in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____
località

per sottoporsi a:

visita specialistica terapia prestazione specialistica esami diagnostici
dalle ore _____ alle ore _____.

Si allega copia documento identità

Se non già in possesso dell'ufficio segreteria

Luogo e data

il/la Dichiarante
